UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 104

FACULTÉ DE MÉDECINE

DES ABCÈS DE FIXATION

DANS

LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 juillet 1911

PAR

Jean TURC

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE NIMES ET DE LA MATERNITÉ DU GARD

(Concours 1909)

Né à Bédouès (Lozère), le 27 avril 1888

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

MM. DUCAMP, professeur. *Président.*
GRANEL, professeur.
LEENHARDT, agrégé. *Assesseurs*
EUZIÈRE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY SUCCESSEUR
Boulevard du Peyrou, 7

1911

DES ABCÈS DE FIXATION

DANS LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534902_0113

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 104

DES ABCÈS DE FIXATION

DANS

LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 juillet 1911

PAR

ACAD. LYCÉE BAT. BIBL.

Jean TURC

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE NIMES ET DE LA MATERNITÉ DU GARD

(Concours 1909)

Né à Bédouès (Lozère), le 27 avril 1888

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	MM. DUCAMP, professeur.	*Président.*
	GRANEL, professeur.	*Assesseurs*
	LEENHARDT, agrégé.	
	EUZIÈRE, agrégé.	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY SUCCESSEUR

Boulevard du Peyrou, 7

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻) ..... DOYEN.
SARDA ..... ASSESSEUR.
IZARD ..... SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻). Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseign[t] de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs-adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clin. ann. des mal. syphil. et cut.	MM. VEDEL, agrégé. (ch. de cours)
Clin. ann. des mal. des vieillards	VIRES, agrégé libre. (ch. de cours)
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, professeur-adjoint.
Accouchements	PUECH, professeur adjoint.
Clin. des mal. des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé libre (ch. de cours)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, professeur adjoint.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT Ed.	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. des fonct. d'agrégé).

Examinateurs de la thèse :

MM. DUCAMP, *professeur, président.* | MM. LEENHARDT, *agrégé.*
GRANEL, *professeur.* | EUZIÈRE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de reconnaissance et
de profonde affection.

A MES GRANDS PARENTS

A MON FRÈRE

J. TURC.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR DUCAMP

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE

J. TURC.

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études, nous tenons à remercier ceux qui ont bien voulu nous guider dans nos débuts.

Nos remerciements iront tout d'abord à M. le professeur Ducamp, dont la bienveillance paternelle à notre égard ne s'est pas démentie un seul instant. Qu'il soit assuré de notre vive et durable reconnaissance.

Merci aussi à M. le professeur Tédenat, dont les vivantes leçons nous ont enseigné les principes de chirurgie nécessaires à tout praticien.

Merci encore à M. le professeur Granel, dont les conseils et les encouragements ne nous ont jamais fait défaut.

Nous remercions aussi M. le professeur-agrégé Leenhardt d'avoir bien voulu faire partie de notre jury.

Que M. le docteur Bergasse, chirurgien en chef des salles militaires de l'Hôpital de Versailles, reçoive nos remerciements pour le sujet de thèse qu'il a bien voulu

nous confier, pour les observations et les conseils qu'il nous a si aimablement donnés.

Merci enfin à MM. les professeurs-agrégés Soubeyran, Euzière, et à tous ceux qui ont contribué à notre éducation médicale.

DES ABCÈS DE FIXATION
dans le Traitement de la Pneumonie

INTRODUCTION

La valeur thérapeutique des abcès de fixation est encore fort discutée. Tandis que les uns leur refusent toute influence et toute action sur le cours de la maladie, d'autres, au contraire, s'en font les défenseurs convaincus et ne manquent pas une occasion de mettre cette méthode en pratique.

Ayant eu l'occasion durant notre séjour à l'hôpital Ruffi, de Nimes, d'observer, sous la bienveillante direction de notre Maître M. le médecin-major Bergasse, qui a bien voulu nous guider et nous donner les renseignements nécessaires pour la rédaction de cette thèse, plusieurs cas de pneumonie à forme grave, nous avons pensé que leur publication apporterait un modeste appui aux partisans de la méthode du professeur Fochier.

La netteté des cas que nous avons observés est telle que le mode d'action de l'abcès paraîtra indiscutable même aux esprits les plus opposés à la méthode. L'expérimentation, en matière d'abcès de fixation, est impossible. C'est à la clinique de juger la méthode ; il appartient à ceux qui l'ont employée d'en faire

connaître les résultats. De là sans doute l'abondance de publications, d'observations paraissant à ce sujet ; de là aussi l'intérêt toujours nouveau que présente une question déjà vieille.

Cette thèse comprendra trois parties. Dans la première nous étudierons l'abcès de fixation en général : son histoire, sa technique, son évolution. La seconde partie sera consacrée à son mode d'action, aux diverses théories par lesquelles on a essayé de l'expliquer.

Dans une troisième et dernière partie, faisant appel à la clinique, seul juge compétent en pareille matière, nous citerons les observations que nous avons pu recueillir.

PREMIERE PARTIE

HISTORIQUE

« L'abcès de fixation est un abcès créé artificiellement par injection d'essence de térébenthine dans le tissu cellulaire sous-cutané dans le but de guérir des infections généralisées. »

On savait depuis longtemps déjà que la formation d'abcès sur les organes extérieurs au cours d'une maladie grave était un bon signe de pronostic. C'est cette remarque qui donna au professeur Fochier l'idée de sa méthode. Plusieurs noms ont été proposés, entre autres celui d' « abcès de dérivation » (Dieulafoy), d'abcès suppurés artificiels; seul le nom que leur a donné leur promoteur est resté et quelle que soit la théorie que l'on admette pour expliquer leur mode d'action tout le monde est d'accord pour les nommer abcès de fixation.

Sur une malade atteinte d'infection puerpérale à forme grave, Fochier détermina accidentellement par une injection de sulfate de quinine trop acide un abcès cutané. Dès la formation de l'abcès, l'état de la malade s'améliora et la gué-

rison fut proche. Rapprochant ce fait de ceux dont nous parlions plus haut, des abcès apparaissant au cours de maladies graves à infection généralisée (fièvre thyphoïde, pneumonie), de ces « abcès critiques », il pensa qu'il pouvait bien y avoir un rapport très étroit entre l'apparition de cette collection purulente et l'amélioration de l'état général. De là à mettre sa méthode en pratique il n'y avait qu'un pas qui fut vite franchi. L'abcès de fixation artificiel était né.

Dès lors il se servit de l'essence de térébenthine dont les propriétés pyogénétiques étaient connues pour provoquer des abcès sous-cutanés dans tous les cas où il jugea utile de localiser, de fixer l'infection (grippe, pneumonie, fièvre typhoïde, infection puerpérale). Il communiqua les résultats de sa nouvelle méthode à la Société des sciences médicales de Lyon en 1891.

Depuis cette époque, nombreuses ont été les observations publiées à ce sujet, et nous ne jugeons pas inutile de citer les principales pour faire connaître les mouvements de l'opinion médicale au sujet des abcès de fixation.

En 1892, Lépine, dans la *Semaine Médicale*, publie l'observation d'un cas de pneumonie en imminence de suppuration, traité et guéri par l'abcès de fixation.

En 1892 encore, dans le *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, le 25 mars, Dieulafoy cite un cas de guérison de pneumonie par l'injection d'essence de térébenthine.

Bard, dans le *Lyon Médical* 1892, Mossé dans le *Midi Médical*, Olivier dans la *Normandie Médicale*, Reviliod dans la *Revue Médicale de la Suisse romande* citent des cas de pneumonie avec guérison.

Plus récemment, Dutremblerg, dans la *Revue Médicale de la Suisse romande* 1896, publie dix cas de pneumonie guéries par l'essence de térébenthine en injections sous-cutanées.

En 1904, Fieux, dans la *Gazette hebdomadaire* de Bordeaux ; Lemoine, *Journal des Praticiens* 1906, publient des cas heureux et disent que l'abcès de fixation *doit* être employé.

Arnozan, dans la *Province Médicale* en 1905, publie 5 cas avec 3 guérisons et 2 morts. Branthome, dans la *Revue Médicale*, 1906, cite 3 guérisons de pneumonie chez le vieillard. Deret (Thèse de Lille, 1907), Dechaux (Thèse de Montpellier, 1907), rapportent des cas heureux et se montrent partisans convaincus de la méthode dans le traitement de la broncho-pneumonie. Voiturier, ex-interne des hôpitaux de Lyon, publie en 1909 une thèse fort documentée sur les abcès de fixation dans le traitement de l'infection puerpérale. Il rapporte 120 observations et défend énergiquement l'abcès de fixation.

Coste (Thèse de Montpellier, 1904) cite des cas de variole grave heureusement traités par l'abcès de fixation.

Le professeur Ducamp a employé les abcès de fixation dans deux cas de pneumonie grave et a vu survenir la guérison.

Dans le *Lyon Médical*, 1906, Vincent publie un cas de guérison inespérée de septicémie puerpérale. Carles, de Bordeaux, a essayé la méthode dans des cas de saturnisme et a obtenu de fort bons résultats. Il a montré expérimentalement que le pus de l'abcès térébenthiné contient toujours à poids égal plus de plomb que n'importe quel viscère, même dans le cas d'intoxication ancienne.

L'art vétérinaire lui-même apporte des preuves à l'appui de la thèse que nous soutenons. Ball, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon, cite 280 cas de maladies inflammatoires graves à température élevée chez le cheval (pneumonie, broncho-pneumonie, pleuro-pneumonie, pleurésie).

Deux fois sur dix, le 2e ou 3e jour après l'injection on note

un abaissement de température de 1 à 2 degrés. Cet abaissement ne fait que s'accentuer. Les autres symptômes s'amendent.

Deux cas, en particulier, où la température était continuellement à 40°, ont été guéris par des injections répétées.

Voilà donc une liste importante de partisans convaincus par l'efficacité de leurs résultats.

Comme toute théorie, celle-ci a ses adversaires et plusieurs insuccès, en nombre bien moins considérable, il est vrai, et sous de très mauvaises conditions de défense de l'organisme, ont été publiés.

Spillmann (*Revue médicale de l'Est*), Lardier (*Bulletin médical des Vosges*), publient de mauvais résultats.

Chantemesse et Marie signalent huit insuccès dans des pneumonies chez des vieillards. Ils se déclarent résolument adversaires de la méthode.

Mlle Campana et Codet-Boine sont adversaires de l'emploi d'essence de térébenthine en injection sous-cutanée chez l'enfant.

Laissant pour le moment la question de l'emploi de l'abcès de fixation chez l'enfant, nous devons constater que les malades de Chantemesse et Marie étaient des vieillards, par conséquent des organismes usés, chez lesquels la pneumonie revêt toujours une forme très grave et chez qui la réaction se fait mal. La vivacité de la réaction à l'injection étant une condition essentielle de l'abcès de fixation, on s'explique facilement les insuccès obtenus.

En résumé, de l'examen des publications qui précèdent, nous voyons que la méthode du professeur Fochier, si elle compte des adversaires résolus, a en revanche des partisans qui se basent sur des observations cliniques probantes.

Son mode d'action est mal connu : De là sans doute cette

divergence d'opinions qui empêche de l'admettre d'emblée comme moyen thérapeutique, tandis que d'autres méthodes, la sérothérapie, par exemple, s'expliquant très naturellement, ont conquis immédiatement droit de cité dans la médecine moderne.

TECHNIQUE DE L'ABCÈS

D'abord, qu'elle est la meilleure substance à employer pour provoquer l'abcès ?

On s'est servi pendant un certain temps de l'acide lactique et de l'acide sulfurique en solution à 1 pour 20 : on a une action analogue à celle de l'essence de térébenthine, mais bien inférieure comme rapidité et comme intensité de réaction.

L'essence de lavande, le xylol, l'essence d'origan sont sans action et n'ont comme résultat que la production de sphacèle avec le minimum de suppuration.

Le meilleur agent, entraînant la réaction la plus vive et amenant la formation de la plus grande quantité de pus, est sans contredit l'essence de térébenthine du commerce, vieillie dans un flacon de verre. On a agité la question de savoir s'il faut faire bouillir l'essence avant de l'injecter. Certains ont prétendu que l'essence non bouillie entraînait des accidents phlegmoneux graves, avec vastes lésions cutanées, sphacèle, etc.

Dans tous les cas que nous avons observés, l'essence de térébenthine a été employée pure et non bouillie, et nous

n'avons jamais eu l'occasion de constater les accidents susnommés. Le pouvoir antiseptique de l'essence de térébenthine est d'ailleurs très puissant et Grawitz, qui s'en est spécialement occupé, disait : « Il nous paraît à beaucoup d'égards dépasser le pouvoir bactéricide des solutions même fortes de sublimé et d'acide phénique vis-à-vis des cocci pyogènes ».

La quantité à injecter varie suivant le cas, suivant la virulence de l'infection, suivant la résistance qu'offre le malade.

La dose habituelle, celle que nous avons toujours vu employer et qui a donné de bons résultats sans entraîner de complications, est celle de 1 centimètre cube par injection.

Si l'infection est trop grave, si une première injection ne donne pas de réaction dans les 12 heures qui suivent, notre devoir est d'injecter un nouveau centimètre cube. On a vu, notamment chez le vieillard où la défense de l'organisme se fait mal, chez qui on a besoin de donner un stimulant plus fort, on a vu la réaction n'apparaître qu'au bout de la douzième injection. Mais de là à dire qu'il faille injecter 5 à 10 centimètres cubes en une seule fois il y a loin. Si Boissard a cité un cas de guérison d'infection puerpérale par injection de 15 centimètres cubes d'essence de térébenthine, nous ne devons pas oublier que c'est un agent toxique qui mérite d'être manié avec prudence.

Donc, 1 centimètre cube, suivi d'une quantité égale si dans les 12 heures la réaction n'a aucune tendance à se produire. A cette dose, on peut répéter l'injection tant qu'il est nécessaire (30 piqûres).

A propos de la quantité à injecter une question se pose. A quelle dose doit-on injecter l'essence de térébenthine pour provoquer un abcès de fixation chez l'enfant? Nous ne discuterons pas ici la valeur de ce traitement dans les bronchopneumoneis de l'enfance. Nous nous bornerons à citer l'opi-

tion de Mlle Campana et de Codet-Doine qui rejettent absolument l'emploi de cette méthode chez les enfants et qui basent leur affirmation sur une dizaine de cas malheureux. En opposition avec cette théorie, nous citerons les conclusions de Montagnon : « Je puis dire et affirmer que les abcès de fixation n'ont pas d'inconvénients chez l'enfant pourvu qu'ils soient faits dans de bonnes conditions, c'est-à-dire à la dose de 1/2 centimètre cube de 1 à 5 ans ».

Où faut-il injecter l'essence de térébenthine ? L'injection doit être poussée dans le tissu cellulaire sous-cutané, au voisinage de l'aponévrose. L'injection intra-musculaire donne des résultats beaucoup moins rapides, elle est bien plus douloureuse par suite de la résistance opposée par les fibres musculaires à se laisser refouler par le pus en formation.

La région du corps où l'on doit injecter n'offre qu'une importance secondaire. L'endroit le plus commode et le plus employé est la face externe de la cuisse, au tiers moyen environ. La couche adipeuse est abondante, il n'y a pas de gros vaisseaux, la surveillance est facile.

Certains auteurs ont préconisé la région abdominale antérieure, ceci surtout dans les cas d'infection puerpérale, car de cette manière on provoque un abcès au voisinage de la lésion utérine et on ajouterait ainsi à l'action fixatrice de l'abcès l'action révulsive immédiate.

Le V deltoïdien a été aussi employé comme lieu d'injection.

Examen du pus

Le pus qui s'écoule de l'abcès de fixation est généralement épais et consistant, de couleur variable ; il est en quantité

assez considérable et provoque par là même des décollements étendus. Il sent l'essence de térébenthine, ce qui montre le contenu de son absorption.

Microscopiquement, ce pus est stérile ; nous croyons que si on a pu trouver parfois dans ce pus des microbes, tels que le streptocoque, il faut attribuer leur présence à une infection secondaire qu'il est bon d'éviter de son mieux par toutes les précautions d'usage une fois que l'abcès a été incisé.

ÉVOLUTION DE L'ABCÈS

L'essence de térébenthine une fois sous la peau, que va-t-il se passer ?

Deux cas se présentent :

1° *L'abcès ne prend pas.*

Dans certaines conditions, lorsque l'infection est trop virulente ou trop ancienne, quand l'organisme est en état de moindre résistance, en particulier chez les vieillards, les débiles, les surmenés, les tissus ne répondent pas à l'action de l'essence de térébenthine. Le pus ne se forme pas, les leucocytes ne viennent pas lutter contre l'infection. Dans ces cas là, aucune réaction ne se produit. Nous verrons plus loin l'importance de ce fait au point de vue pronostic.

2° *L'abcès prend.*

Immédiatement après l'injection il ne se produit en général rien de particulier. En dehors d'une douleur assez vive sous

forme de cuisson, le malade n'accuse rien d'anormal, mais dans les formes à réaction franche il arrive parfois qu'au bout de deux à quatre heures on voit apparaître de la rougeur et dans les douze heures le gonflement et la tuméfaction sont très nets. Plus fréquemment, cependant, l'abcès met plus longtemps à se former et une moyenne de douze à dix-huit heures est nécessaire pour donner à l'inflammation réactionnelle le temps d'apparaître.

Il arrive parfois qu'une première injection ne donne aucun résultat, soit que la quantité injectée ne soit pas suffisante, soit que l'organisme soit trop débilité pour réagir. Dans ces cas là, le plus souvent, la répétition de nouvelles injections plus ou moins espacées finissent par entraîner le résultat désiré.

A quoi reconnaît-on qu'un abcès de fixation prend ?

1° A la douleur qui apparaît la première, non pas au moment même de l'injection, mais ou début même de la réaction inflammatoire ; douleur spontanée, lancinante, exagérée par la pression, d'où l'importance de faire sa piqûre en un endroit bien situé, où le poids des couvertures, où les faux mouvements du malade ne puissent venir l'exacerber encore davantage.

Cette douleur dure un à deux jours puis s'endort de manière à devenir très supportable. D'ailleurs, comme le fait fort bien remarquer Voiturier, le degré d'acuité de la douleur dépend de trois facteurs :

a) Le siège et la profondeur de l'injection : la douleur est beaucoup plus vive quand l'injection a été faite sous l'aponévrose.

b) L'intensité de la réaction : les abcès à évolution rapide et à grande extension sont bien plus douloureux.

c) La sensibilité du sujet (névrosés-sensitifs) : Cette douleur sera d'ailleurs calmée assez facilement par l'application de compresses chaudes.

2° La tuméfaction, précédée d'une période d'induration plus ou moins étendue, suivie de la formation d'une tumeur de volume variable ;

3° La rougeur de la peau, signe à peu près constant comme toutes les fois qu'il y a inflammation. La peau reste tendue et ferme pendant longtemps. Elle ne devient fluctuante et molle que lorsque l'abcès est bien mûr.

Si on n'incise pas l'abcès, la peau finit par s'ulcérer, devient violacée, se perce pour donner issue au pus. La cicatrisation sera assez rapide. Les débris s'échapperont de l'ouverture de la plaie pendant une dizaine de jours, et s'il n'y a pas infection secondaire, l'abcès sera complètement guéri au bout de ce laps de temps.

Un autre mode de terminaison moins fréquent de l'abcès est la résorption ; ceci se produit surtout dans les cas d'abcès multiples. La tumeur ne présente alors aucune tendance à s'ouvrir à l'extérieur et reste sous forme de nodule plus ou moins induré, demandant parfois des mois pour disparaître.

Les abcès peuvent revêtir différentes formes dans leur développement :

1° Forme phlegmoneuse à réaction très vive, avec rougeur vive de la peau, tuméfaction énorme, fluctuation très nette, avec une grande quantité de pus, grumeleux, avec de larges lambeaux de sphacèle ;

2° Forme ordinaire, simplement aiguë. Douleur, empâ-

tement, tuméfaction. Fluctuation plus tardive, pus en moins grande quantité, cicatrisation rapide ;

3° Parfois la réaction a débuté, puis brusquement tout se calme, rougeur et induration disparaissent. L'abcès avorte ; ceci est un signe fâcheux pour le pronostic.

Comment est le pus de ces abcès de fixation ? Il est parfaitement stérile. Genet rapporte un cas d'abcès de fixation ouvert dans la cavité péritonéale chez une malade atteinte d'infection puerpérale à forme très grave ; on injecte à plusieurs reprises de l'essence de térébenthine à la dose de 1 centimètre cube par piqûre au niveau de la paroi abdominale. Les abcès prennent mal tout d'abord.

Puis il se produit des vomissements porracés dûs à la réaction péritonéale aux premières injections.

L'autopsie montre l'ouverture d'une collection purulente dans le péritoine sans signe d'infection péritonéale.

Le pus est donc bien réellement stérile ; on peut d'ailleurs l'ensemencer sur agar-agar, sur gélose ou dans des bouillons à 38 degrés, les tubes restent uniformément stériles.

Le professeur Fochier est d'avis qu'il ne faut pas ouvrir les abcès de fixation. Dans le *Lyon Médical* du 2 septembre 1900 il insiste sur la répétition de l'abcès et sa non ouverture, prétendant que tant que le phlegmon est en pleine évolution l'amélioration de l'état général persiste, tandis que si l'on incise, l'état morbide reparaît plus intense.

Contrairement à cette opinion, la plupart des auteurs déclarent que lorsque l'abcès présente une fluctuation bien nette il faut l'inciser. Si on laisse l'abcès évoluer à sa guise, on expose le malade à la formation d'une poche immense avec décollements considérables, avec des souffrances inutiles. Nous sommes donc d'avis d'ouvrir l'abcès, à condition de bien choisir le moment, variable avec chaque cas, suivant les allures qu'ils affectent, suivant l'état dans lequel se trouve

le malade ; surtout n'incisons pas de trop bonne heure ; plus notre incision sera tardive, plus tôt nous obtiendrons la cicatrisation.

Aussi lorsque nous verrons la peau amincie, la fluctuation très nette, la tuméfaction volumineuse, nous inciserons largement, avec toutes les précautions d'asepsie nécessaires à une opération qui est et doit rester aseptique. Le drainage nous paraît inutile, ainsi que le curetage. Le pansement, quotidien les premiers jours, ira s'espaçant de plus en plus à mesure que se seront éliminés tous les débris contenus dans la cavité.

Après avoir étudié la technique, l'évolution et le traitement des abcès de fixation, il nous reste à nous occuper de rechercher dans quels cas ils doivent être employés et à quel moment ils doivent entrer en scène.

« Les abcès de fixation seront indiqués et pratiqués dans tous les cas de pneumonie ou de broncho-pneumonie graves» (Pic et Bonnamour).

Nous voilà donc nettement fixés. Quelle que soit la cause de la gravité du mal, que la maladie se développe chez des malades affaiblis, chez des alcooliques, chez des vieillards, que l'infection soit virulente par elle-même, la conduite à tenir est la même : nous devons recourir à l'abcès de fixation, seule chance de salut pour le malade. Quand les moyens thérapeutiques ordinaires ont échoué (ventouses, enveloppements alcoolisés, ipéca, etc.), quand l'état reste grave, que la température est élevée, que la dyspnée est vive, il n'y a plus d'hésitation possible.

Il est très difficile de préciser le moment exact où il faut intervenir. Mais il ne faut pas intervenir trop tard. L'abcès de fixation agit par la suppuration qu'il provoque, par la réaction inflammatoire qui lui fait suite. Il faut donc lui laisser le temps nécessaire pour qu'elle se produise. Et c'est

pour cela qu'il ne faut pas trop attendre ; qu'il faut que l'organisme soit encore en état de répondre à l'excitation qu'il reçoit, que les phagocites puissent se mobiliser pour arriver assez tôt à l'endroit menacé.

Dans quelques cas, néanmoins, nous pensons qu'il vaudra mieux s'abstenir et ne pas recourir à ce traitement énergique : En particulier chez les diabétiques dont les urines contiennent du sucre en grande quantité, par crainte de voir apparaître en lieu et place de suppuration une érysipèle gangreneuse par défaut de nutrition de la surface cutanée

Nous nous abstiendrons encore chez les cardiaques en asystolie avec œdèmes, chez les rénaux avec anasarque généralisé.

Chez les tuberculeux enfin, bien qu'il n'y ait pas là de contre-indications spéciales, les résultats obtenus ont été décevants, on peut même dire mauvais, puisque certains auteurs prétendent que toute bronchopneumonie où l'on aura fait un abcès de fixation et où la température n'aura pas tendance à baisser le 4e jour est sûrement de nature tuberculeuse. Donc chez ces malades nous ne recourons pas à la méthode de Fochier et nous pouvons nous servir de ce signe pour établir notre diagnostic.

Chez l'enfant, nous avons vu plus haut, en étudiant la quantité d'essence de térébenthine à injecter, que les abcès de fixation donnaient de bons résultats et pouvaient être employés, pourvu qu'on le fasse dans certaines conditions.

Chez le vieillard, le terrain est moins bon, mais ce n'est pas parce que l'on aura fait paraître des observations malheureuses de vieux pneumoniques que nous devons renoncer à la méthode. Personne n'a jamais eu la prétention d'en faire un remède universel, mais les faits cliniques sont là pour nous prouver son action bienfaisante.

DEUXIÈME PARTIE

Mode d'action de l'abcès de fixation

Chapitre I

THÉORIES PATHOGÉNIQUES

L'abcès de fixation a une action : le fait est indiscutable. Quelle est-elle ? Nous le verrons dans un chapitre suivant. Comment l'expliquer ? Nombreuses ont été les théories proposées et inventées pour répondre à cette question.

Nous diviserons ces théories en cinq, qui sont les suivantes :

1° Théorie de l'absorption de l'essence de térébenthine ;
2° Théorie de la fixation ;
3° Théorie de la dérivation ;
4° Théorie de la leucocytose ;
5° Théorie de la révulsion.

1° *Théorie de l'absorption de l'essence de térébenthine.* — Certains auteurs, entre autres Fabre, pensent que l'action heureuse de l'abcès de fixation est due non à l'abcès lui-même, mais à la substance qui l'a provoqué. On invoque en faveur de cette théorie l'action heureuse produite par l'essence de térébenthine absorbée par la bouche (injections de sérum térébenthiné).

Mais nous pouvons objecter aussi que l'absorption d'essence de térébenthine est bien faible, puisque à l'incision de l'abcès une forte odeur se fait sentir et qu'on retrouve des gouttes sous le microscope.

2° *Théorie de la fixation.* — C'est celle du professeur Fochier, celle qui fut le point de départ de sa découverte et le guida constamment dans l'application de sa méthode. Cette théorie est facile et séduisante au premier abord ; nous avons à faire à un organisme malade, infesté de germes infectieux. Nous formons artificiellement un abcès analogue aux abcès critiques des maladies infectieuses, points de moindre résistance où viennent se localiser tous les germes pathogènes. Dans une infection généralisée, alors que la nature n'a pas encore provoqué de lésions nettement localisées, la provocation artificielle d'un abcès peut améliorer l'état morbide brusquement, en 12 heures ou même en 6 heures, alors que le phlegmon artificiel est loin d'avoir atteint son complet développement. Comment dès lors ne pas penser à la fixation d'éléments ou de produits en circulation dans le sang ? A l'appui de cette théorie, au point de vue expérimental, Carles, de Bordeaux, a fait une série d'expériences remarquables. Au cours d'intoxications par le cuivre, le phosphore, il a fait des analyses où il a découvert 2 à 4 fois plus de substance toxique dans le pus des abcès provoqués que dans un poids égal des tissus où ces poisons se fixent d'habitude.

De là à penser qu'il peut fort bien en être de même pour les toxines microbiennes, il n'y a qu'un pas.

Une grande objection a été faite à cette théorie, c'est la stérilité du pus des abcès de fixation. Des études microbiologiques précises ont montré l'absence totale de microbes dans le pus. Mais Fochier et Carles répondent que si ces abcès sont stériles au moment où on les examine, ils peuvent fort bien ne pas l'avoir toujours été. Les microbes ont bien pu y venir pour y mourir, attirés par une force que nous ne connaissons pas et tués par l'essence de térébenthine. En outre, les toxines de l'organisme ont fort bien pu être entraînées vers le point où a été faite l'injection. En résumé, cette théorie de la fixation peut fort bien se soutenir, malgré la stérilité du pus de l'abcès.

3° *Théorie de la dérivation, de Dieulafoy.* — D'après cet auteur, l'abcès attirerait dans une région non dangeureuse un grand nombre de leucocytes vieillis et usés, inaptes à la lutte et pouvant nuire en d'autres points. Quand nous provoquons un abcès, les leucocytes en incubation dans le sang ont déjà lutté contre le microbe ; ils sont donc usés, leur pouvoir phagocytaire est moindre ; nous devons les remplacer par des leucocytes jeunes, naissant en plein foyer d'infection très vite, aptes à la lutte. Il faut donc que l'organisme se débarrasse de ses globules blancs usés et incapables de lutter davantage, pour laisser la place aux nouveaux venus qui iront combattre l'infection. Ce sera là le rôle de l'abcès ; il débarrassera l'organisme de ces leucocytes vieillis et invalides, par là même il favorisera la phagocytose et mettra en ligne de nouveaux combattants.

4° *Théorie de la leucocytose de Chantemesse et Marie.* — Ces auteurs pensèrent pouvoir expliquer l'action de l'abcès

de fixation par l'augmentation du nombre des leucocytes. Pour démontrer leur assertion, ils se livrèrent sur le lapin à des expériences qui furent négatives. Ayant injecté à plusieurs de ces animaux les uns sains, les autres infectés par le pneumocoque, de l'essence de térébenthine, ils constatèrent chez tous une diminution sensible du nombre des globules blancs.

En revanche, Bauer se montre partisan convaincu de l'hyperleucocytose et il démontre expérimentalement que dans la pneumonie l'hyperleucocytose normale dans cette affection est encore augmentée par l'injection et se prolonge bien après la maladie. Etant augmentés en quantité les globules blancs le seraient-ils aussi en qualité? La réponse à cette question n'a pas encore été donnée. Retenons toutefois que la leucocytose et la phagocytose ne font qu'un et que les abcès de fixation jouent un double rôle, par l'hyperleucocytose qu'ils déterminent et en débarrassant l'organisme des déchets qui l'encombreraient.

5° *Théorie de la révulsion* (Fochier). — Les abcès de fixation sont des agents de révulsion, dit Arnozan. « La révulsion est la cessation d'une action morbide dans une partie de l'organisme par l'apparition d'une autre action morbide dans une autre partie. » Pourquoi et comment, lorsque la seconde action morbide se produit, la première s'arrête t-elle? Voici la réponse que nous donne Fochier lui-même :

« La révulsion est une des actions thérapeutiques les plus incontestables et bien que, dans la majorité des cas, elle soit efficace par réaction nerveuse, c'est à la théorie humorale que nous en sommes redevables.

» La fixation relève aussi de la théorie humorale, non pas qu'elle vise des liquides mais bien parce qu'elle s'applique à des solides (microbes ou globules blancs en suspension dans

les liquides). Elle relève en somme de ce que l'on pourrait appeler la théorie humorale solidifiée. La fixation appelle et immobilise les éléments solides en circulation. Dans les cas où elle agit comme révulsif, on pourrait dire qu'elle irrite dans un sens utile et par voie réflexe les vaso-moteurs de l'organe malade, mais on pourrait dire aussi qu'elle appelle et fixe les éléments nocifs qui circulent dans la zone irriguée par les mêmes vaisseaux que ceux qui se rendent à l'abcès. Ainsi, dans une arthrite de l'épaule, une fixation pratiquée au niveau de l'empreinte deltoïdienne peut très bien attirer à elle les éléments nocifs du sang qui circulent dans la région et empêcher l'infection de l'articulation.

» Il est donc utile de déterminer les abcès dans des points où ils puissent avoir ce qu'on connaît sous le nom d'action révulsive, en même temps que l'action fixatrice que je leur attribue. » (Fochier, *Lyon médical*, 23 août 1891.)

La révulsion est une médication pour ainsi dire naturelle; nombreux sont les cas où nous la voyons apparaître : Action révulsive de la fistule à l'anus chez les phtisiques, action révulsive d'un tœnia chez une malade atteinte de rhumatisme chronique chez qui les douleurs et les autres symptômes réapparurent dès que le tœnia eût disparu, action révulsive des abcès critiques des grosses infections, etc. Et la médecine, depuis la plus haute antiquité, s'est servie de ce procédé. Lorsqu'on se trouve en face de manifestations pénibles ou dangereuses, au cours d'une infection généralisée, on peut les faire disparaître par la révulsion ou substitution. Les moxas, les sétons ont été très employés et ont rendu de réels services. Les ventouses sèches, les ventouses scarifiées, les sinapismes, les pointes de feu, la faradisation, les applications chaudes ou froides ne sont que des formes différentes de révulsions. Et si le séton n'est plus de mode, les abcès de fixation en sont une réminiscence, un procédé plus moderne,

rajeuni et expliqué par des notions pathogéniques nouvelles. (Roger, *Introduction à l'étude de la Médecine*, p. 690.)

Imitant les procédés naturels, la méthode révulsive est toujours en honneur ; sous ses différentes formes et malgré ses transformations, on continue à avoir recours à elle comme par le passé. Et si son mode d'action est encore obscur, ses résultats sont probants et en font une arme dont il faut savoir se servir.

CHAPITRE II

RÉSULTATS PRATIQUES

De la valeur pronostique des abcès de fixation

Si beaucoup d'auteurs refusent à l'abcès de fixation toute valeur au point de vue curatif, au point de vue action sur l'évolution de la maladie, tous du moins sont d'accord pour reconnaître en cette méthode un moyen de pronostic de premier ordre. On se l'explique d'ailleurs facilement. Si, lorsque l'essence de térébenthine est injectée sous la peau, la réaction attendue ne se produit pas, c'est que l'organisme est trop gravement atteint, que la phagocytose ne peut plus se produire. L'organisme ne peut pas réagir ou parfois il n'a pas le temps de réagir, c'est pour cela qu'il ne faut pas trop attendre avant de provoquer l'abcès ; il ne faut certainement pas le provoquer dès le début de la maladie, mais seulement le troisième ou quatrième jour ; c'est alors que la réaction de défense est maximum et que le coup de fouet donné par l'abcès l'excite plus énergiquement.

Nous pouvons donc affirmer que, dans tous les cas où l'abcès prend, il y a guérison ; dans tous les cas où les abcès ne prennent pas, surtout si on a eu le soin de les répéter, le pronostic est mauvais, fatal même. Ceux qui refusent à l'abcès de fixation toute valeur curative en ont profité pour prétendre que l'abcès ne se produit que lorsque le malade doit guérir et non pas que le malade guérit parce que l'abcès se produit. L'abcès est un symptôme de guérison ; ce n'est pas un mode de traitement.

Nous verrons par l'examen de nos observations combien cette théorie est précaire et combien elle aura de la peine à expliquer l'amélioration qui suit de si près l'injection d'essence de térébenthine. Il sera facile de nous répondre que nous avons choisi pour faire nos injections le moment exact où la maladie allait entrer en défervescence, où les symptômes allaient s'atténuer. Ce raisonnement paraît légèrement enfantin. Quel serait alors le médicament dont on pourrait dire qu'il a une action sûre et à quoi pourrait-on se fier ?

Pour notre part, nous pensons bien plutôt que si parfois l'abcès de fixation a trompé l'espérance de ceux qui l'employaient, la faute en est non pas à la méthode mais au médecin qui a trop attendu, qui a oublié que la réaction inflammatoire n'est pas immédiate.

Valeur curative de l'abcès de fixation

Quel est l'effet produit sur l'évolution de la maladie par l'apparition de l'abcès dû à l'injection de l'essence de térébenthine ? La clinique seule nous répondra de façon sûre et

probante ; mais d'ores et déjà nous pouvons esquisser le tableau qui se produit.

Chez un pneumonique à forme grave, avec dyspnée, pouls tendu, délire ou colapsus, on a essayé tous les moyens que la thérapeutique possède afin d'obtenir une amélioration. Les ventouses, les enveloppements alcoolisés, les sinapismes a l'extérieur, l'ipéca, l'alcool, l'huile camphrée à l'intérieur ont été passés en revue. L'état général continue à rester grave, les symptômes augmentent d'intensité. Sans trop attendre on fait au malade une injection d'essence de térébenthine. Il se produit d'abord un début léger de réaction locale suivi bientôt d'une réaction générale intense. Ce qui nous frappe tout d'abord, c'est l'atténuation de tous les symptômes généraux, puis la baisse brusque et persistante de la température qui tombe souvent de 2 degrés et plus et ne remonte plus. Et plus l'abcès tend à se former, plus la suppuration tend à se produire, plus l'état général s'améliore, plus les phénomènes inquiétants tendent à disparaître. Donc, chute de la température avant la suppuration, mais surtout amélioration immédiate des symptômes généraux. La dyspnée diminue, le délire disparaît, l'énergie cardiaque augmente. Vers le quatrième ou cinquième jour nous voyons apparaître des sueurs indiquant que la peau retrouve son fonctionnement normal ; un peu plus tard encore apparaît une polyurie abondante absolument comparable à celle qui se produit au cours de la guérison naturelle de la pneumonie, à la période de défervescence. Nous croyons donc pouvoir affirmer l'heureuse influence de l'abcès de fixation au cours de la pneumonie à forme grave et conseiller son emploi.

Il est injuste de répéter que cette méthode n'a de valeur qu'au point de vue diagnostic ou pronostic. Elle a une haute portée de thérapeutique générale et les applications journalières en sont considérables.

« C'est une méthode héroïque, pouvant rendre de grands services dans la pratique en permettant de tenter encore quelque chose alors que tout autre traitement semble avoir échoué, et en provoquant parfois des guérisons inespérées. » (Pic et Bonnamour).

Pour terminer ces quelques considérations sur les abcès de fixation, nous croyons bien faire en reproduisant ici l'opinion autorisée du professeur Arnozan (Thérapeutique 1907-p. 609).

« L'abcès de fixation constitue une ressource suprême et souvent efficace à la condition d'être employé assez tôt. Mais il faut savoir que l'injection de térébenthine doit être pratiquée avec la plus rigoureuse asepsie ; qu'en provoquant la formation d'un abcès, c'est du pus stérile que l'on cherche et non du pus septique. Il faut savoir enfin que l'abcès une fois formé et ouvert doit être pansé chirurgicalement, antiseptiquement ; que sa contamination secondaire peut donner lieu à de la septicémie, qu'elle est difficile à éviter quand le malade présente déjà à la région sacrée des escharres en évolution. Ce n'est donc pas un traitement régulier, c'est un traitement d'exception que l'on réserve aux malades chez lesquels les traitements usuels ont échoué, dont le diagnostic semble fatal et qu'on réussira ainsi à sauver ».

Chapitre III

OBSERVATIONS

Observation première

(Due à l'obligeance du docteur Bergasse)

R... Georges, soldat au 30e d'infanterie, entre à l'hôpital d'Annecy le *12 janvier 1906* pour une bronchite grippale. Depuis quelques jours ne se sentait pas bien. Toussait légèrement et accusait des douleurs thoraciques assez vives.

Comme antécédents héréditaires : parents vivants ; une sœur morte à 15 ans.

T. : 39°6. P. : 102, vibrant, tendu. Les pommettes sont rouges et la face congestionnée.

A l'auscultation on trouve de nombreux râles disséminés dans les poumons, principalement du côté gauche où l'on note aussi un peu d'obscurité. Vibrations légèrement augmentées.

Le 14 janvier : T. : 40°. Apparition brusque d'un point de côté très douloureux dans le tiers inférieur du poumon gauche ; on applique une ventouse scarifiée.

A la percussion, le poumon gauche nous présente une zone de matité dans son tiers inférieur, avec augmentation des vibrations.

Les crachats, jusqu'alors blanchâtres et muco-purulents, prennent un aspect franchement hémoptoïque et la teinte rouillée caractéristique ; ils sont rares et très adhérents.

Auscultation : pluie de râles fins dans tout le poumon. A la base souffle tubaire se propageant vers l'aisselle. Le malade respire très difficilement et se cyanose. Le pouls est de plus en plus tendu.

T. : 40° le matin, 40°2 le soir.

On institue la médication classique : ipéca, potion de Todd, ventouses scarifiées. Enveloppements alcoolisés toutes les huit heures.

De plus, devant la gravité de l'état général, en présence de la dyspnée et de la hausse de température, on a recours à l'abcès de fixation.

On pratique à la région moyenne et externe de la cuisse gauche une injection d'un centimètre cube d'essence de térébenthine.

Le 15 janvier : Le malade a passé une mauvaise nuit. La dyspnée très vive a été combattue par des inhalations d'oxygène.

T. : 40° le matin. P. : 110, toujours vibrant.

La face est cyanosée ; la dyspnée est toujours très vive. On la combat énergiquement par l'application de nombreuses ventouses sur toute l'étendue du thorax. Inhalations d'oxygène.

La région où a été faite la piqûre est rouge, tendue, douloureuse.

Les urines sont très rares, très foncées et chargées en urates. Leur quantité est d'un demi-litre en 24 heures.

Constipation ; langue sèche et rôtie. Céphalée très vive. Délire par moments. La peau est très sèche.

T. : 40° le soir. P. : 110.

Le 16 janvier : L'état est stationnaire.

T. : 40°2. P. : 110.

Dyspnée : Tension du pouls. Urines rares.

Le 17 janvier : La région où a été faite l'injection est très tendue et l'abcès forme une petite tuméfaction rouge, chaude et douloureuse.

La température du matin est brusquement tombée à 37°. La nuit a été meilleure. Vers le matin, le malade a présenté une crise de sueurs abondante. La dyspnée est bien moins vive. P. : 98.

L'auscultation nous présente une diminution d'intensité et d'étendue du souffle.

Le délire a complètement disparu. Les urines sont toujours rares.

Le 18 janvier : T : 37°. L'état général est bon. La dyspnée a bien diminué. On n'a plus besoin de recourir à l'oxygène. La langue reste sèche, mais le malade est constamment en moiteur.

A l'auscultation, on note l'apparition de nombreux râles sibilants et ronflants. Le souffle s'atténue et se propage beaucoup moins loin sous l'aisselle. Les crachats sont blanchâtres et fluides.

Au niveau de la piqûre la tumeur a légèrement augmenté de volume. Douleur, chaleur, tension, rougeur, fluctuation.

Le 19 janvier : Les signes sthétoscopiques vont toujours s'atténuant. La maladie est en pleine défervescence. La dyspnée a presque disparu. T. : 37°5. P. : 95. L'abcès mûrit.

Le 20 janvier : Crise urinaire très abondante ; urines claires, limpides, accompagnées de sueurs profuses en grande quantité.

Le malade est abattu ; mais la température reste à 37°, chiffre qu'elle ne dépassera plus.

Persistance de quelques râles sibilants et de la toux. Les crachats diminuent. La langue desquame, se débarrasse de son enduit pultacé.

21 janvier : L'état va s'améliorant de plus en plus.

L'abcès est énorme (deux fois la paume de la main). Le poumon respire normalement. Dans la soirée on incise l'abcès. Il s'en échappe un demi-verre de pus épais, consistant, grisâtre.

Le 1er février : État général excellent. Les fonctions se rétablissent. L'abcès se cicatrise très bien.

Le 4 février : Le malade sort de l'hôpital complètement guéri et de sa pneumonie et de son abcès.

Observation II

(Due à l'obligeance du docteur Bergasse)

B... Georges, soldat au 4e génie, entre à l'hôpital de Briançon le 1er juillet 1907.

Le 30 juin : Frisson unique, ayant duré dix minutes environ, suivi d'un point de côté assez violent à gauche.

Le 2 juillet : T. : 39°5. Langue sèche et rôtie. Peau sèche. Urines assez abondantes, chargées. Foyer de sous-crépitants à la base gauche : un peu de matité.

Toux légère. Dyspnée. Régime lacté. Potion de Todd. Ventouses.

3 juillet : T. : 39°5. P. : 95. Apparition de quelques crachats rouillés.

A la percussion, on trouve à la partie moyenne du poumon gauche une zone de matité assez étendue allant jusqu'à la base.

Les vibrations sont augmentées. A l'auscultation on perçoit très nettement dans toute cette région du poumon un souffle tubaire très net. La dyspnée augmente légèrement. T. : 39°8 le soir. P. : 98.

5 juillet : On note à l'auscultation du poumon droit, intact jusqu'à ce jour, l'apparition d'une zone d'obscurité et quelques râles fins.

Le point de côté reste toujours aussi violent à gauche : on le calme par l'application de nombreuses ventouses. T. : 39°8. P. : 110. Urines rares, foncées.

Le souffle tubaire augmente d'intensité à gauche. On prescrit des enveloppements alcoolisés toutes les 3 heures.

7 juillet : Le tableau change. La nuit est mauvaise.

L'état général s'aggrave. T. : 40°. P. : 120. Dyspnée très vive. Pouls très tendu. Langue rôtie.

Le malade respirant avec beaucoup de peine, on a recours à des inhalations d'oxygène qui le soulagent beaucoup. Urines

très rares, sédimenteuses, rougeâtres. Délire assez violent.

Le souffle tubaire est toujours aussi intense au poumon gauche.

Le poumon droit nous présente dans la région de la pointe de l'omoplate une zone de matité assez étendue. Les vibrations sont exagérées.

A l'auscultation, on entend un souffle assez intense ayant son foyer principal dans la fosse sous-épineuse et se propageant vers l'aisselle.

Soir, T. : 40°2. P. : 120. La dyspnée augmente ainsi que le délire.

Devant cette brusque aggravation de l'état général on se décide à tenter un abcès de fixation.

Au niveau de la face externe de la cuisse gauche, en son tiers moyen, on injecte 1 centimètre cube d'essence de térébenthine.

8 juillet : L'état est toujours grave. La nuit a été mauvaise. L'auscultation nous fournit les mêmes signes. La dyspnée est très vive : 36 respirations à la minute.

Localement, au niveau de l'injection, il ne paraît pas y avoir de réaction. La région n'est ni rouge, ni douloureuse. T. : 40°. P. : 125.

Devant cette absence de réaction et l'état général inquiétant on injecte au niveau de la face externe de la cuisse droite un second centimètre cube d'essence de térébenthine.

Soir : Urines très rares. Le souffle du poumon droit augmente en intensité et en étendue. Le point de côté droit est excessivement violent. Compresses chaudes constamment renouvelées. On continue les enveloppements alcoolisés alternés avec les enveloppements froids.

9 juillet : Etat stationnaire. T. : 39°8. P. : 110. Mais au niveau des points où ont été faites les deux injections on note un début de réaction. La peau est rouge, chaude, luisante. La nuit est mauvaise.

10 juillet : On perçoit nettement de la fluctuation au niveau des deux points injectés. Zone d'induration de la dimension de la paume de la main, fluctuante en son milieu. T. : 37°. P. : 95.

Le malade est pris brusquement d'une abondante crise sudorale. Le souffle diminue beaucoup d'intensité dans le poumon droit, le point de côté n'existe plus, le délire cesse, le pouls est bien moins tendu, la dyspnée est presque nulle. Râles de retour à la base du poumon gauche.

11 juillet : Les abcès sont aujourd'hui nettement formés. Ils revêtent la forme de deux grosses boules fluctuantes, à allure phlegmoneuse, douloureuses, rouges, chaudes.

L'état s'améliore. La langue est toujours sèche. Température : 37° matin et soir.

12 juillet : Débâcle urinaire très abondante. Le malade sue énormément. La langue devient meilleure. La respiration réapparaît dans les deux poumons.

Les jours suivants l'état va toujours s'améliorant.

17 juillet : On incise largement les deux abcès. Il s'écoule un pus gluant, jaune-verdâtre, sans odeur.

Les signes locaux ont presque totalement disparu ; les fonctions se rétablissent.

19 juillet : On panse les abcès. Le malade sort complètement guéri le 26 juillet.

Observation III

(Personnelle)

V... Charles, soldat au 40e d'infanterie, entre à l'hôpital Ruffi le 31 janvier 1911.

Se plaint de céphalée. Depuis quelques jours se sentait courbaturé.

30 janvier : Le malade se présente à la visite. A l'infirmerie il a des vomissements alimentaires, puis bilieux. Diarrhée abondante.

Laryngite légère. Toux et crachats sans caractère bien net. Entre à la salle Curnier le *31 janvier*. Le malade est abattu. Céphalée violente, surtout au niveau de la région frontale. Mal de gorge persistant. Douleurs abdominales vagues. Points de côté passagers. T. : 40°4. P. : 115.

Cœur normal. Langue sale, saburale, sèche. Dans le poumon droit nous trouvons les vibrations normales, la sonorité conservée.

A l'auscultation un peu d'obscurité respiratoire à la base, nombreux ronflants et sibilants dans toute l'étendue du poumon.

Au poumon gauche, les vibrations sont augmentées à la base. Matité absolue de toute la partie inférieure du poumon.

A l'auscultation, obscurité et foyer de râles sous-crépitants assez étendu. La dyspnée est assez vive.

1er février : T. : 41° le matin. P. : 120. La dyspnée a augmenté. Le point de côté se localise à gauche et devient

très violent. Ventouses sèches. Apparition de quelques crachats sanguinolents, très adhérents.

A l'auscultation le poumon droit reste au même stade, mais à gauche, à la place du foyer de sous-crépitants trouvé hier, nous rencontrons un souffle tubaire très net.

Enveloppements froids toutes les trois heures. Ipéca. Potion de Todd.

T. : 39°5. P. : 115.

Constipation opiniâtre. Lavements répétés.

Les urines sont très foncées et deviennent de plus en plus rares.

Pour calmer la dyspnée, on fait d'abord respirer au malade un ballon d'oxygène puis une injection de morphine pour lui permettre de reposer pendant la nuit.

Délire violent. La respiration étant très difficile, le malade paraît râler. Il immobilise toute la partie gauche de son thorax. L'état est grave.

2 février : L'état est stationnaire. On note un peu d'arythmie. T. : 39°8. P. : 115. Enveloppements froids répétés.

Les signes sthétoscopiques persistent. La matité est obsolue dans tout le poumon gauche. Le souffle augmente d'intensité et d'étendue. La dyspnée est très vive. Le pouls est hypertendu. Délire. Urines très rares ; langue rôtie.

Devant la persistance de cet état général grave, on fait au malade une injection d'essence de térébenthine (1 centimètre cube) au niveau de la face externe de la cuisse gauche.

3 février : Le malade est dans le même état. T. : 39°5. P. : 115.

Localement, au niveau du point où a été faite l'injection, on trouve de la rougeur, de la chaleur, un peu d'induration.

4 février : T. : 39°5. Persistance de la dyspnée. Le souffle a la même intensité. La peau est sèche. Les urines sont en quantité à peu près nulle.

Brusquement, dans la soirée, le malade présente une crise sudorale très abondante, après laquelle la température tombe à 38°6.

Au délire fait suite une prostration absolue. Au niveau de l'injection, la rougeur, la chaleur, l'induration augmentent.

5 février : La nuit a été meilleure ; le malade a sué constamment. Il respire beaucoup mieux. Le point de côté a complètement disparu. Le souffle a aussi diminué considérablement pour faire place à une obscurité respiratoire absolue.

T. : 38°2. P. : 90. La langue est toujours sèche. Les urines rares.

L'abcès est en bonne voie de formation. Tuméfaction du volume d'une noix ; avec une zone périphérique d'inflammation caractérisée par la rougeur et la chaleur. Fluctuation très nette. T. : 36°7.

Le 6 février : L'état est bien meilleur. T. : 37°4 le matin.

Débâcle urinaire très abondante. Polyurie : urines claires, limpides, jaune-clair.

Le malade respire facilement, bien que son poumon gauche ne forme qu'un bloc.

Soif vive, sueurs profuses. La langue devient meilleure. L'abcès augmente de volume.

7 février : L'amélioration continue. T. : 37°. Obscurité respiratoire persistante.

10 février : Apparition de quelques râles de retour à la partie moyenne du poumon gauche.

On incise l'abcès : Écoulement d'un pus semblable à de la purée de pois, un verre environ.

15 février : La respiration réapparaît dans le poumon atteint. Nombreux crachats. L'abcès se cicatrise très bien.

20 février : Le malade se lève.

2 mars : Le malade sort complètement guéri.

Observation IV

(Personnelle)

S... Henri, 21 ans, soldat au 3e d'infanterie coloniale, entre à l'hôpital Ruffi le 11 avril 1911.

Il se plaint depuis quelques jours et dit avoir pris froid. Il accuse notamment de la céphalée, de l'anorexie, épistaxis léger.

Tousse un peu. Ne crache pas. Mais il se plaint surtout d'un point de côté très violent à droite, au niveau de la ligne axillaire. Cette douleur a débuté le 10, à la suite d'un frisson de très courte durée et unique.

Au point de vue antécédents, le malade ne présente rien de particulier : son père et sa mère sont en bonne santé. Il a eu la rougeole à 10 ans, une crise de rhumatisme ayant duré 3 semaines à 18 ans. Bonne santé habituelle : ne tousse pas, ne crache pas en général ; quelques bronchites espacées.

A l'examen nous trouvons des vibrations normales à gauche, exagérées à la base droite. La percussion est normale

à gauche, tandis que nous trouvons de la matité sur toute la base du poumon droit.

L'auscultation, normale à droite, nous fait trouver à la base gauche, dans le tiers inférieur du poumon, quelques râles sous-crépitants, avec un souffle tubaire très net s'irradiant vers l'aisselle.

Le cœur est normal.

T. : 38°5-38°9.

La langue est très chargée. On donne au malade 0,75 cent. de sulfate de quinine ; on essaie de calmer le point de côté par des ventouses.

Le 12 avril : La nuit a été mauvaise, le malade a été agité et a respiré avec peine. Le point de côté est plus violent. T. : 40°1. Pouls : 115, très tendu.

La langue est sèche, rôtie. Apparition de quelques crachats hémoptoïques. Le malade urine très peu.

Le souffle augmente d'intensité : La moitié inférieure du poumon droit ne respire plus.

On applique à nouveau de nombreuses ventouses qui paraissent produire quelque effet.

Le soir : T. : 42°2. P. : 114.

Le 13 avril : L'état général est toujours grave. Les pommettes sont rouges. La respiration est de plus en plus difficile. La température est toujours à 40°.

Devant la persistance de la gravité de cet état, après l'échec de tous les moyens ordinaires, ventouses, cataplasmes, ballon d'oxygène, on décide de tenter un abcès de fixation. On injecte au niveau de la partie moyenne de la cuisse gauche, face externe, 1 centimètre cube d'essence de térébenthine. Le soir même la température atteint 40°3.

Le 14 avril : Pas de modification sensible dans l'état général.

Localement la peau de la région où a été faite l'injection est rouge et douloureuse, on perçoit tres nettement de l'induration.

T. : 39°6 le matin, 40° le soir.

Le malade continue à être très abattu.

Les urines, couleur acajou, sont toujours rares. La dyspnée est toujours vive.

Le 15 avril : La température, jusqu'ici élevée, tombe brusment à 37°1, limite qu'elle ne dépassera plus. Le malade sue abondamment.

Le soir, T. : 37°.

Dans la nuit du 15 au 16, le malade, au milieu de sueurs profuses, est pris d'un délire violent.

Malgré cela il respire beaucoup mieux et souffre bien moins de son point de côté.

Au point injecté tension, rougeur, chaleur, pas de fluctuation. Les crachats deviennent abondants et plus fluides.

Le 16 avril : L'état général s'améliore ; le malade demande constamment à boire et sue énormément ; malgré cela les urines sont encore rares.

On note un peu de fluctuation au niveau de l'abcès.

Le 17 avril : Débâcle urinaire très abondante. Disparition presque totale de la dyspnée ; le malade repose. Plus de délire. Les signes locaux s'amendent. Le souffle s'est bien atténué pour laisser place à l'obscurité respiratoire. La langue est bonne. T. : 37°.

Au lieu de l'injection nous notons une tuméfaction au début.

Le 18 avril : L'abcès a énormément grossi ; nous le voyons sous forme d'une tuméfaction volumineuse égale en surface à deux fois la paume de la main, très fluctuante, douloureuse à la pression.

L'état général est bon, la langue n'est plus rôtie. Plus de dyspnée.

Le 19 avril : L'abcès est de plus en plus volumineux.

Le 20 avril : On incise l'abcès. Il s'écoule une assez grande quantité de pus purée de châtaignes. On fait un pansement.

Dès lors l'état du malade va s'améliorant de plus en plus.

Nous notons l'apparition de nombreux râles de retour. La respiration se rétablit peu à peu dans le poumon atteint et le malade sort guéri le *4 mai*.

L'abcès est alors complètement cicatrisé.

Observation V
(Personnelle)

R... Léon, soldat au 55e d'infanterie.

En permission de quatre jours, tombe malade chez lui le 30 octobre. Entre à l'hôpital le 3 novembre.

La maladie a commencé par un frisson d'assez longue durée, par de la fièvre, par un point de côté gauche.

Comme antécédents personnels le malade accuse des bronchites à répétition, une scarlatine à 12 ans. Bonne santé habituelle.

Le 3 novembre : Le malade se plaint d'une céphalée violente, de toux et d'un point de côté très douloureux du côté gauche. L'expectoration est à peu près nulle. L'anorexie est complète. T. : 39°4. P. : 110.

Le poumon droit est sain ; nous n'y trouvons que quelques ronflants disséminés.

En revanche, dans le tiers inférieur du poumon gauche, nous trouvons une zone de matité allant de la pointe de l'omoplate à la base de l'organe. Les vibrations sont très augmentées dans cette région. En outre, nous trouvons un foyer de râles sous-crépitants très net et croyons percevoir un souffle très léger.

Pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone.

Nous instituons la médication habituelle. Potion de Todd, sirop d'ipéca, benzoate de soude. Enveloppements alcoolisés toutes les trois heures. Le soir la température atteint 40°4. Le pouls, très tendu, vibrant, est à 120.

Le 4 novembre : La nuit a été mauvaise. La dyspnée a augmenté. On a eu recours au ballon d'oxygène et aux ventouses scarifiées.

Le souffle tubaire a augmenté et est aujourd'hui très net. Tout le poumon gauche présente des phénomènes de congestion. L'expectoration apparaît sous forme de crachats rouillés très abondants.

Le malade souffre beaucoup de son point de côté. La dyspnée est de plus en plus vive. La langue est sèche. Les urines sont nulles.

T. : 39°8 le matin, 40°6 le soir.

Le nombre des respirations est de 32 à la minute.

Le 5 novembre : Le souffle augmente de plus en plus ; il occupe les deux tiers du poumon gauche. Nous notons quel-

ques râles à la base droite. On donne au malade un demi milligramme de digitaline.

L'état est grave. La dyspnée est très vive. Le malade use toujours de son ballon d'oxygène ; on le couvre de ventouses. Il prend toujours sa potion à l'ipéca.

T. : 39 degrés le matin, 40°2 le soir. Le pouls est toujours vibrant. Délire violent, langue sèche, urines très rares. Le malade prend très difficilement. Quelques vomissements bilieux. Le nombre des respirations est de 32 à la minute.

Le 6 novembre : L'état général est franchement mauvais. Au délire de hier a fait suite un état de prostration profonde. Le malade répond à peine. Le souffle augmente d'intensité et occupe toute l'étendue du poumon gauche. Les râles sont plus nombreux à droite.

T. : 39°2 le matin, 40 degrés le soir. Nombre des respirations : 34. Le malade ne respire qu'avec son poumon droit. Le gauche est immobilisé par la douleur toujours très vive. La quantité d'urine rejetée est à peu près nulle.

Le 7 novembre : Devant la gravité de l'état général et l'échec de la médication ordinaire (ventouses, potions alcoolisées, injections sous-cutanées d'oxygène) on se décide à tenter un abcès de fixation.

On injecte à l'endroit habituel, c'est-à-dire au tiers externe de la cuisse gauche, 1 centimètre cube d'essence de térébenthine. Le souffle occupe toute l'étendue du poumon gauche. Le poumon droit présente une zone de matité et quelques sous-crépitants.

T. : 39°2 matin et soir,

Le 8 novembre : La dyspnée est plus vive que jamais. Le point de côté gauche moins violent est remplacé par un point de côté à droite très douloureux.

A l'auscultation nous trouvons toujours le souffle tubaire dans toute l'étendue du poumon gauche. En outre, à droite, nous trouvons de la matité dans le tiers inférieur du poumon. Augmentation des vibrations. Souffle tubaire moins marqué qu'à gauche.

T : 40° le matin, 40°2 le soir. 36 respirations. P : 124. La langue est complètement sèche et fissurée.

La prostration est absolue ; le malade paraît asphyxier. On fait respirer de l'oxygène ; ventouses.

Au lieu où l'on a fait l'injection, la réaction ne paraît pas vouloir se faire. Ni rougeur, ni douleur, ni chaleur. On retrouve difficilement la place de la piqûre.

Le 9 novembre : Aucune amélioration. Le souffle ne fait qu'augmenter aussi bien à droite qu'à gauche. Le pouls est hypertendu. Les urines sont en quantité nulle. Les crachats sont sanglants.

T : 39°8 le matin, 40°4 le soir. 36 respirations. Le pouls est à 120.

Le 10 novembre : Etat stationnaire.

T : 40°2 le matin, 40°4 le soir. Le pouls présente quelques irrégularités.

L'auscultation présente les mêmes signes.

Localement il ne se produit aucune réaction ; la peau est légèrement rosée.

Le 11 novembre : Devant la non réussite de la première injection, on se décide à faire au malade une seconde injection de 1 cc. d'essence de térébenthine dans la cuisse du côté opposé.

La température avant l'injection est de 40°. Le soir elle tombe à 39°4.

Le 12 novembre : La nuit a été semblable aux précédentes. T : 39°4.

Au niveau des deux points où ont été injectés les 2 centimètres cubes d'essence de térébenthine nous notons une rougeur très nette de la peau, avec un peu d'induration et de la douleur.

Le soir, la température baisse brusquement à 38°2. Le pouls est à 110. Respirations : 36.

Le 13 novembre : La nuit a été meilleure ; les points de côté ont été bien moins violents. La dyspnée semble avoir diminué ; le malade prononce quelques mots.

Douleur, rougeur, induration plus marquées que la veille aux niveaux des endroits où fut faite l'injection.

T. : 37°8 le matin, 37°8 le soir.

Respirations : 34. P. : 110.

Le 14 novembre : Les abcès se développent normalement. Le souffle s'atténue dans le poumon droit. Reste toujours aussi violent à gauche. T : 37°6.

Le 15 novembre: Grande amélioration. Diminution de la dyspnée. Diminution d'intensité des souffles. Râles de retour à droite.

Le 16 novembre : Les abcès forment au niveau des deux cuisses deux tumeurs volumineuses, tendues, fluctuantes et enflammées de la dimension d'une pomme. La douleur est vive.

Etat général meilleur. T. : 37°6-37°8.

Nombre des respirations : 30.

Le 17 novembre : Crise sudorale abondante.

T. : 37°4-37°6.

Les abcès étant bien formés, on les incise ; il s'en écoule un pus épais, jaunâtre, visqueux, sans caractère particulier.

Le 19 novembre : Polyurie abondante.

Disparition complète du souffle dans les deux poumons. Soif vive. Sueurs abondantes. Expectoration abondante, non sanglante. Le pouls redevient normal.

T. : 37°2-37°3.

Le malade se lève le *30 novembre.*

Sort guéri le *10 décembre.* Les abcès sont guéris.

Observation VI

(Due à l'obligeance de mon camarade Milhaud)

Tr... Charles, âgé de 19 ans, engagé volontaire au 19e d'artillerie, entre à l'hôpital de Nimes, dans la salle Curnier, le 7 juin 1911.

Très abattu, respire difficilement ; il se plaint d'un violent point de côté à droite. Il déclare que cette douleur remonte à deux jours. Depuis quelque temps il se sentait plus faible et avait presque complètement perdu l'appétit. Le 5 juin, après le repas du soir, il fut pris d'un frisson accompagné d'un point de côté très douloureux à droite. Il ne dormit pas de la nuit. Purgation le lendemain à la visite avec un verre d'eau de sedlitz.

Il arrive le 7 à l'hôpital, avec une température de 41°2. A l'examen la percussion nous révèle une matité complète de la base du poumon droit, et à la palpation les vibrations sont

fortement exagérées dans la zone de matité. Nous ne trouvons pas encore de souffle. Il n'y a que de l'obscurité respiratoire.

Ni toux, ni expectoration.

Le pouls est bon, régulier, bien frappé. Nombre des pulsations : 85°. On donne une potion expectorante.

Benzoate de soude	2 gram.
Sirop d'ipéca.....	15 —
Potion de Todd.....	120 —

et des antipyrétiques (sulfate de quinine, 1,50).

Le 8 juin : La température est descendue à 39°2. La matité de la base du poumon droit persiste sans aucun changement dans la symptomatologie. La dyspnée est très marquée : 30 respirations à la minute et un peu de respiration superficielle s'accusant par la dilatation des narines à chaque respiration.

Le 9 juin : Nous assistons à un véritable changement. La matité a gagné le tiers moyen du poumon droit, mais les vibrations qui étaient jusqu'alors exagérées dans la zone de matité sont maintenant complètement abolies. A l'auscultation, nous percevons très nettement la pectoriloquie aphone et de l'égophonie. Dans l'aisselle, apparaît un souffle très fin et voilé ne permettant pas de doute sur le diagnostic.

On ordonne alors des enveloppements humides et alcoolisés répétés toutes les trois heures et l'application de ventouses sèches en avant et en arrière sur toute l'étendue du poumon droit.

Le 10 juin : Nouvelle complication. La dyspnée paraît s'être accentuée. 40 respirations à la minute, mais le point de côté droit qui s'est beaucoup atténué est maintenant remplacé par une douleur plus vive dans le côté gauche. On dé-

limite facilement une zone de matité dans le tiers moyen du poumon gauche en arrière, et à l'auscultation nous entendons un petit souffle inspiratoire. A droite, le souffle reste intense dans les deux tiers inférieurs. A la matité a succédé une véritable submatité et les vibrations, sans être exagérées, sont toutefois perçues par la main quand on fait compter le malade, bien que l'égophonie et la pectoriloquie aphone persistent encore.

Le 11 juin : T. : 40°6. Dyspnée toujours très marquée mais le malade commence à cracher, ce qui paraît le soulager.

Les crachats sont jus de groseille et, à l'auscultation, nous remarquons que le souffle a complètement disparu à gauche. A droite, des râles crépitants fins sont disséminés dans toute la base et ce souffle n'existe que dans le tiers supérieur, toujours aussi intense. Les vibrations sont fortement exagérées et l'on perçoit des frottements dans la ligne axillaire.

Devant un pareil tableau clinique, nous avons recours à l'abcès de fixation.

Avec la seringue de Pravaz, on injecte un centimètre cube d'essence de térébenthine à la face externe du tiers supérieur de la cuisse droite.

Le 12 juin : La température se maintient à 40°6. La dyspnée semble avoir diminué légèrement, grâce aux injections répétées de 1/4 de centimètre cube de morphine. L'expectoration a commencé et les crachats sont adhérents. L'auscultation est toujours semblable.

Le 13 juin : La température tend à baisser. Le thermomètre ne s'élève pas au-dessus de 39°. La dyspnée est légère ;

le facies est meilleur, le crachat est rempli de crachats rouillés.

Le 14 juin : Mieux sensible. Chute de température énorme, 37°8. L'état général est beaucoup amélioré, on sent que le malade n'est plus en danger, et d'ailleurs l'auscultation nous indique la disparition presque complète du souffle auquel ont succédé une pluie de râles sibilants disséminés dans tout le poumon droit et mêlés à la base de quelques râles crépitants très fins.

Le 15 juin : La température se maintient à 37°8 et l'on entend encore un peu de souffle dans le tiers moyen du poumon droit. Nombreux râles sous-crépitants.

Le 16 juin : Le malade se plaint d'une douleur assez vive à la cuisse et nous nous trouvons en présence d'un abcès du volume d'une grosse noix. On l'incise, le malade est soulagé et le lendemain n'a plus de fièvre. On recueille le pus qui, examiné microscopiquement par Cabanis, pharmacien en chef, est reconnu stérile.

Le 20 juin : Encore un peu de submatité dans le poumon droit, mais on commence à entendre le murmure vésiculaire. Le 22 juin le poumon est normal. T. : 36°5.

Le 23 juin, la température remonte brusquement à 37°8. Nous recherchons la cause de cette élévation de température et nous remarquons que le malade a deux gros furoncles dans la nuque. La fièvre persiste 4 jours, jusqu'à l'incision des furoncles. Dès ce moment la température redevient normale et le 4 juillet le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

CONCLUSIONS

I. L'influence heureuse des abcès de fixation sur l'évolution des pneumonies à forme grave est indéniable ; nous en avons la preuve dans l'amélioration qui fait suite à l'injection et qui ne peut raisonnablement être attribuée à, de simples coïncidences étant donné le nombre de cas publiés.

II. L'abcès de fixation, remède héroïque, est absolument sans danger quand on use d'une technique convenable.

III. Leur mode d'action est encore incertain : ce sont des agents de fixation, de révulsion et ils favorisent en outre l'hyperleucocytose ; ils éliminent les globules blancs vieillis.

IV. La douleur qu'ils provoquent n'est pas une contre-indication à leur emploi.

V. Ils ont une grande valeur au point de vue pronostic. On a même pu dire que toute infection dans laquelle l'orga-

nisme ne réagit pas par la formation d'un abcès est d'un pronostic fatal.

Plus la réaction est intense, plus la guérison est certaine.

VI. L'abcès de fixation est un traitement exceptionnel que nous devons employer quand tous les autres traitements ont échoué. Mais n'attendons pas qu'il soit trop tard ; il faut que la réaction ait le temps de se faire et que l'organisme ait la force pour réagir.

BIBLIOGRAPHIE

Arnozan. — Journal de Médecine de Bordeaux, 1901. Province médicale, 1905.

Ball. — Abcès de fixation chez le cheval. Bulletin de la Société médico-chirurgicale de la Drôme et de l'Ardèche, 1901.

Bauer. — Semaine médicale, 1900.

Bard. — Lyon médical, 1892.

Branthome. — Trois cas de pneumonie guéris par des abcès de fixation. Revue de médecine, 1896.

Mlle Campana et Codet-Boine. — Abcès de fixation chez les enfants. Semaine médicale, 1904.

Carles. — Des abcès de fixation. Thèse de Bordeaux, 1902-03.

Déchaux. — Des abcès de fixation dans la pneumonie. Thèse de Montpellier, 1907.

Deret. — Des abcès de fixation dans la pneumonie, Thèse de Lille, 1907.

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne.

Dutrembleeg. — Presse médicale de la Suisse normande, 1896.

Fieux. — Gazette hebdomadaire de Bordeaux.

Fochier. — Lyon médical, 1891.

— Lyon médical, 1892.

— Lyon médical, 1892.

— Bulletin de l'Académie de médecine, 1891-1892.

Genet. — Lyon médical, 1906. Abcès de fixation ouvert dans la cavité péritonéale.

Jacques. — Abcès de fixation dans les infections pyogènes généralisées, Thèse de Bordeaux, 1895-1896.

Coste. — Abcès de fixation dans les varioles graves. Thèse de Montpellier, 1904.

Lemoine. — Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1905.

— Journal des Praticiens, n° 29, 1906. Abcès de fixation dans le saturnisme.

Lépine. — Semaine médicale, 1892, p. 77.

Manquat. — Thérapeutique, 5me édition.

Pic et Bonnamour. — Lyon médical, 16 janvier 1910.

Olivier. — Normandie médicale.

Réviliod. — Revue médicale de la Suisse Romande.

Vincent. — Lyon médical, 1906.

Voiturier. — Des abcès de fixation dans l'infection puerpérale. Thèse de Lyon, 1907.

Spillmann. — Traitement des pneumonies par l'essence de térébenthine. Revue médicale de l'Est, 1892.

Traité de Pathologie Générale. — Bouchard. Article : Evolution des maladies (Ducamp. Tome IV, page 19).

Voron. — Lyon médical, 1906.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 juillet 1911.
Le Doyen,
Mairet.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 18 juillet 1911.
Le Recteur,
Ant. Benoist.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !